23118. No. 17
3209 6 N. 17.
Lane Medical Library

Beitrag zur Therapie des Bubo inguinalis.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG DER

MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITAT ZU BERLIN

AM 29. JUNI 1897

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Hans Eckert

aus Lang-Helwigsdorf.

OPPONENTEN:

Herr cand. med. Bieling.
- Dr. med. Kaschke.
- Dr. med. Kuhn.

Berlin.

Druck von E. Ebering.

Linkstrasse 16.

Meinem lieben Grossvater,

Herrn Oberstabsarzt a. D. Dr. La Baume.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/beitragzurtherap0000hans

In der neueren Zeit ist die Frage der Behandlung des Bubo inguinalis wiederholt und von neuem auf der Tagesordnung gewesen. Es erscheint deshalb von Interesse, die bisherigen Behandlungsmethoden und ihre Erfolge vergleichsweise zusammenzustellen, um die angeblichen Erfolge der neu empfohlenen sorgfältiger prüfen zu können. Dazu erscheint das Material einer grossen chirurgischen Klinik besonders geeignet. Ich habe daher im Nachfolgenden die Resultate, die mit den bisher üblichen Methoden auf der chirurgischen Klinik der Charité erzielt worden sind, bearbeitet.

In der vorantiseptischen Zeit, in der jeder, selbst der kleinste chirurgische Eingriff die Gefahr septischer Infektion dem Patienten brachte, musste natürlich das Bestreben, den Bubo abortiv zu behandeln oder, wo dies nicht mehr anging und Eiterung eintrat, durch äusserliche Mittel die Zerteilung oder Resorption herbeizuführen, die Therapie des Bubo vollkommen beherrschen.

Goulard (Proksch: Ueber die Behandlung der Bubonen mit essigsaurem Blei. Wiener med. Presse 1872) versuchte durch Kataplasmen von essigsaurem Blei eine Rückbildung des Bubo herbeizuführen öfters mit günstigem Erfolge. Fricke (Annalen der chir. Abteilung des allgem. Krankenhauses in Hamburg 1828) empfahl als Erster die Anwendung des konstanten Druckes. Seine Methode wurde von Fergusson (London med. gaz. 1833) weiter ausgebildet. Malapert (Archives générales de méd. 1832) erhoffte von der Applikation von Vesikantien eine günstige Wirkung. Die Kauterisation ist ebenfalls in der Therapie des Bubo verwandt worden, allerdings nur von einem Autor, Daime (Journal des connaiss. méd. 1839), ohne weitere Nachfolger zu finden. Selbst der konstante Strom wurde versucht

und von Dietrich (Die Krankheitsfamilie der Syphilis, Landshut 1842, II p. 116) empfohlen. Grosse Hoffnungen setzte man auf die Applikation von Jodpräparaten, deren die Resorption befördernde Wirkung bekannt war. Lallemand (Ephémérides méd. de Montpellier 1826) führte als Erster die Tinctura jodi in die Bubonentherapie ein, ein Mittel, das später noch von mehreren anderen Autoren z. B. von Roux warm empfohlen wurde. Alle diese Behandlungsmethoden verschwanden meist ebenso schnell, wie sie aufgetaucht waren, und allgemein gelangte die Ansicht zur Geltung, dass Bubonen, bei denen die eiterige Einschmelzung einmal begonnen hat, oder bei denen gar schon Fluktuation zu fühlen ist, durch solche äusserlichen Mittel nicht mehr zurückzubringen sind. Dies finden wir in neueren Abhandlungen klar und deutlich ausgesprochen, so bei Auspitz (Die Bubonen der Leistengegend. Vierteljahrsschrift für Dermat. und Syphilis 1873), Zeissl (Lehrbuch der Syphilis 1882). Lesser sagt in seinem Lehrbuche IX. Auflage: „Im weiteren Verlauf tritt seltener und überhaupt nur bei kleineren Bubonen Resorption ein. Weit häufiger und stets bei grösseren Bubonen kommt es zur eiterigen Schmelzung und zum Durchbruch nach aussen.

Somit schieden sich die Bubonen in therapeutischer Hinsicht in zwei grosse, streng von einander getrennte Klassen. Bei kleineren beginnenden Bubonen, wo keine eitrige Einschmelzung wahrzunehmen ist, ist ein Versuch, durch äussere Mittel die Rückbildung herbeizuführen, erlaubt, ja entschieden geboten. Mit dieser so beschränkten Indikation haben die verschiedensten äusserlichen Applikationen, Druckverbände, Bandagen, Umschläge, Einreibungen und vor allem die absolute Bettruhe, ihren Wert in der Therapie des Bubo inguinalis bis in unsere Zeit beibehalten. So behandelt Szadek (Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis 1888) jeden nicht suppurierenden Bubo, dasselbe thut Ullmann (Wiener mediz. Wochenschrift 1891). Spietschka (Archiv für Dermatologie und Syphilis 1892) hat unter seinem Material von 112 Fällen 25 oder 22,3% mit Erfolg in der erwähnten konservativen Weise behandelt. Patzelt (Archiv für Dermat. und Syph. 1891) erzielte mit Kompressen und essigsauren Bleiumschlägen einen Erfolg

in 45% der so behandelten Fälle. Neebe (La semaine médicale 1895) empfiehlt die Kollmannsche Bandage, um den Patienten die lästige Bettruhe zu ersparen. Er sah bei ihrer Anwendung sehr gute Erfolge. Block (Deutsche mediz. Wochenschr. 1895) versucht jeden noch nicht fluktuierenden Leistenbubo abortiv zu behandeln und bedient sich dazu mit bestem Erfolge des Karbolquecksilberpflastermulls mit warmen Breiumschlägen darauf. Bei jeder derartigen therapeutischen Methode ist natürlich eine gleichzeitige ernergische Behandlung der peripheren Ursache des Bubo dringend erforderlich.

Als vollkommen unthunlich dürfen wir demnach die Behandlung des Bubo mit äusserlichen Mitteln auch heute noch durchaus nicht betrachten, nur hat eben ihre Indikation eine starke Beschränkung erfahren. Bei den den bei weitem grösseren Teil bildenden Bubonen, die später in Eiterung übergehen, konnte eine solche konservative Behandlungsmethode keinen Erfolg haben, hier musste der Schwerpunkt der Therapie mehr und mehr auf das Gebiet der Chirurgie verlegt werden.

Es trat nunmehr an den Chirurgen die Aufgabe heran, dem Eiter auf eine für den Patienten möglichst schonende Weise freien Abfluss zu verschaffen. Wie und mit welchem Erfolge hat nun die Chirurgie es versucht, dieser Aufgabe gerecht zu werden?

Um den Gefahren septischer Infektion vorzubeugen, wurden in der vorantiseptischen Zeit zunächst nur ein oder mehrere kleine Punktionsöffnungen angelegt. Eine Modifikation dieser Behandlungsmethode, die wegen der Kleinheit und häufigen Verklebung der Oeffnungen dem Eiter meist nicht genügenden Abfluss gewährte, gab zunächst Grünfeld an, der den Eiter mit einer Spritze aspirierte (Wiener mediz. Presse 1869). Ueber Grünfelds Methode liegen mehrere günstige Berichte vor, so von Tomowitz (Wiener mediz. Presse 1869), zuletzt noch von Perez Caballero (Revista espec. de oftalmol., dermat. etc. XI), während Ullmann (l. c.) davon durchaus keinen Erfolg ersah.

Mit der Einführung der Antiseptik und Aseptik, die die Gefahren grösserer chirurgischer Eingriffe auf ein

Mindestmass herabsetzte, that die Therapie der Bubonen einen gewaltigen Schritt vorwärts. Nun brauchte man sich nicht mehr zu scheuen, durch breite Incision dem Eiter freiesten Abfluss zu verschaffen, durch Exkochleation aller nekrotischen Gewebsfetzen die Reinigung der Wunde zu beschleunigen und durch die radikale Exstirpation aller erkrankten Drüsen jedes Recidiv zu vermeiden. Die operative Behandlungsweise suppurierender Bubonen verdrängte nunmehr bald alle übrigen und beherrschte vollkommen die Therapie.

Die Technik wurde bald soweit vervollkommnet, dass es dem behandelnden Arzte ein Leichtes war, die einfachste und erfolgreichste Art der Ausführung zu bestimmen.

Die Schnittrichtung war zunächst ausschliesslich parallel dem Poupartschen Bande. Starcke empfahl dagegen in der Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis 1879, den Schnitt den grossen Schenkelgefässen parallel anzulegen. Im allgemeinen wird die erstgenannte Schnittrichtung bevorzugt. In schwereren Fällen muss dann allerdings noch der zweite Schnitt in der Richtung der Gefässe hinzugefügt werden, sodass wir einen T-Schnitt erhalten. Dann wird es auch möglich, die Drüsen der fossa ovalis zu entfernen.

Nach dem Abflusse des Eiters werden nekrotische Gewebsfetzen mit dem scharfen Löffel entfernt. Erkrankte Drüsen werden am besten stumpf mit den Fingern exstirpiert. Schliesslich wird die Wundfläche mit Antisepticis, Karbol- oder Sublimatlösung, ausgewaschen. Dies ist im allgemeinen die Technik der Operation, wie sie in den letzten Jahren wohl in allen Krankenhäusern und Kliniken geübt worden ist. So wird sie von Szadek (l. c.), von Spietschka (l. c.), von Ullmann und anderen mehr angegeben; so wird sie auch im Kgl. Charité-Krankenhause gehandhabt. Lauenstein giebt in der deutschen Zeitschrift für Chirurgie Bd. 35 ausführliche Vorschriften über die typische Ausräumung der Leiste. Dasselbe thut Ruppert im Centralblatt für Chirurgie 1893.

Ob der behandelnde Chirurg eine blosse Incision oder diese verbunden mit Exkochleation oder schliesslich die

Radikalexstirpation im einzelnen Falle anwenden soll, kann a priori schwer entschieden werden. v. Mosetig-Moorhof (Wiener mediz. Presse 1891) zieht allerdings die Radikaloperation allem andern vor, um Recidive zu vermeiden und eine möglichst glatte Heilung zu erzielen. Dies thut auch Ullmann (l. c.). Spietschka (l. c.) hingegen und Szadek (l. c.) kommen mit der Incision und Exkochleation aus, ohne Rezidive beobachtet zu haben. Ein Fall, von Spietschka erwähnt, macht hier eine Ausnahme. Es handelte sich um einen faustgrossen, allenthalben fluktuierenden Bubo, der infolge ungenügender Exkochleation nach 3 Wochen rezidivierte.

Für die weitere Wundbehandlung geöffneter Bubonen war die Einführung des Jodoforms durch Pick-Prag ausserordentlich segensreich. Die schönen Erfahrungen, die mit diesem Mittel in seiner Klinik gemacht und von Lazanski (Vierteljahrsschrift für Dermatologie 1875) veröffentlicht wurden, haben seitdem in tausenden von Fällen ihre vollste Bestätigung erfahren. Gerade die Einführung des Jodoforms hat die operative Behandlung suppurierender Bubonen zur herrschenden, zur klassischen Methode gemacht.

Die Verheilung der Wundränder hat man in verschiedener Weise zu fördern versucht. Szadek liess in den sämtlichen von ihm berichteten Fällen die Wunde unterm Jodoformverbande einfach durch Granulationen heilen. Das gleiche geschah in den meisten von Ullmann berichteten Fällen. Einige Male wurde von ihm durch die teilweise Naht mit Drainage des unteren Wundwinkels angewandt und hierbei manchmal eine Abkürzung der Heilungsdauer, ja sogar eine prima intentio beobachtet, meist jedoch schnitten die Nähte durch. In 41 Fällen legte er mit günstigem Erfolge eine Sekundärnaht an. Ebenso wurde bei dem Material Spietschkas (l. c.) meist die offene Wundbehandlung eingeleitet. Einige Male sah er von der partiellen Naht, öfters noch von der Sekundärnaht einen Vorteil für die Heilungsdauer.

Natürlich haften dieser Behandlungsweise auch manche Mängel an und wir finden in der Litteratur Fälle erwähnt, in denen die Operation zu einer Schädigung des Pa-

tienten geführt hat. Es ist nunmehr unsere Aufgabe, uns ein Urteil darüber zu bilden, ob und wie weit die operative Behandlung des Bubo für den Kranken eine Gefahr bedingt und so der Wert dieser Methode herabgedrückt wird.

Vor allem giebt die unmittelbare Nähe der grossen Schenkelgefässe und der Umstand, dass die entzündeten und hyperplastischen Drüsenpackete diese Gefässe fest umklammern und von ihnen schwer zu trennen sind, öfters Gelegenheit zu Verletzungen der Gefässe und somit zu starker oft lebensgefährlicher Blutung. Von derartigen Verletzungen haben Ullmann und Spietschka, denen wir die letzten und vollständigsten statistischen Veröffentlichungen über die Therapie suppurierender Bubonen verdanken, auch einige aufzuweisen. Spietschka berichtet bei einem Material von 87 operierten Fällen nur von einer Verletzung der Vena saphena. Dieser Fall nahm allerdings einen ungewöhnlich schweren Verlauf. Der Unterbindung folgte eine starke ödematöse Schwellung des ganzen Beines. Eine Phlegmone breitete sich längs der thrombosierten Vene aus und wich erst einer gründlichen Inzision und Desinfektion. Ullmann giebt die genaue Zahl der bei seinem Material vorgekommenen Gefässverletzungen allerdings nicht an. Er hatte bei seinen 175 Fällen nur selten nennenswerte Anstrengungen bezüglich der Blutstillung zu machen. Doch auch er berichtet von einem Fall, der ihm bedeutendere Schwierigkeiten machte. Durch die unvorsichtige Handhabung einer Scheere seitens eines seiner Assistenten wurde die Arteria femoralis verletzt und gleichzeitig die Vena saphena an ihrer Einmündungsstelle in die Vena femoralis durchgeschnitten. Eine Venennaht war wegen des mangelnden Nähmaterials, eine seitliche Unterbindung wegen der Grösse der Verletzung nicht ausführbar. Somit wurden denn sämtliche 3 Gefässe unterbunden. Es trat sofort ein starkes Oedem auf, der periphere Puls war verschwunden, die Temperatur mächtig gesteigert. Schliesslich verlief dieser Fall doch noch glücklich. Oedem und Asphyxie der Extremität liessen nach. Nach 14 Tagen konnten bereits leichte Bewegungen ausgeführt werden,

nach 8 Wochen war die Gehfähigkeit vollkommen wieder hergestellt.

Wenn auch die Zahl dieser schwer verlaufenen Fälle von Gefässverletzungen im Vergleiche zu der Gesamtzahl der operierten Fälle eine verschwindend geringe ist, so zwingt sie uns doch, mit der Möglichkeit einer ernsteren Gefässverletzung zu rechnen. Es fragt sich nun, ob dadurch für den Patienten eine Gefahr bedingt wird, die geeignet wäre, den therapeutischen Wert der operativen Behandlung eiternder Bubonen wesentlich herabzusetzen.

In der vorantiseptischen Zeit musste man sich allerdings hüten eine Vene zu unterbinden aus Furcht vor Thrombose, Pyämie und sekundärer Blutung. Deshalb empfahl Langenbeck im Archiv für Chirurgie Band 1, bei Blutungen aus der Vena femor. lieber die gleichnamige Arterie zu unterbinden. Die Einführung der Aseptik beseitigte die Gefahren aseptischer Infektion bei Venenligatur. Dafür regte nunmehr die Möglichkeit des Eintretens einer Gangrän des Beines infolge Behinderung des venösen Blutabflusses ernstliche Bedenken gegen ihre Ausführung an. In seiner Abhandlung „Die Oberschenkelvene des Menschen in anatomischer und klinischer Beziehung" begründete Braune durch anatomische Präparate und physiologische Experimente die Ansicht, dass bei den Venen des Oberschenkels ein Kollateralkreislauf unmöglich sei. Er empfahl deshalb bei Verletzung der Vena femoralis zur Verhinderung venöser Stase die sofortige Ligatur der gleichnamigen Arterie auszuführen. Diese für die Venenchirurgie verhängnisvollen Sätze fanden glücklicherweise durch anderweite Experimente und vor allem durch die Praxis bald ihre Widerlegung. H. Braun (Archiv für klinische Chirurgie Band 28) fand, dass bei genügender Reinigung des Venensystems und bei Anwendung eines gewissen Druckes die in die Schenkelvenen eingespritzten Massen bei ligierter Vena femoralis sehr wohl die Beckenvenen injizierten. Nach seinen Versuchen musste gerade die Erhaltung des arteriellen Druckes für die Herstellung eines Kollateralkreislaufs als unentbehrlich erscheinen. Hiermit war die so gefährliche gleichzeitige Unterbindung der Arterie als widersinnig beseitigt. Die

Praxis bestätigte bald die Braunschen Ausführungen in vollstem Masse. Die Fälle in der Litteratur mehrten sich, bei denen von glücklich verlaufenen isolierten Unterbindungen der V. femoralis berichtet wird. Niebergall giebt uns in seiner erschöpfenden Darstellung dieses Gegenstandes in der deutschen Zeitschrift für Chirurgie eine Uebersicht über die veröffentlichten Fälle. Er giebt sein Urteil dahin ab, dass bei isolierter Venenligatur eine Gangrän des Beines nicht zu befürchten sei. Dies ist der Standpunkt, den die Chirurgie allgemein heute einnimmt.

Der letztgenannte Autor ist es auch, der die ersten Versuche über anderweitige Methoden der Stillung venöser Blutungen veröffentlicht hat. Er empfahl als Erster bei kleinen Verletzungen eine seitliche Ligatur anzulegen: bei grösseren Wunden klemmte er die Oeffnung mit Pincetten zu, die er dann 24 Stunden liegen liess; oder er bediente sich der Venennaht. Alle 3 Methoden bezeichnet er als durchaus sicher und leistungsfähig. Schede (La semaine médicale 1893) giebt der Venennaht entschieden den Vorzug.

Isolierte Unterbindungen der Vena saphena sind gänzlich ungefährlich. Ist die saphena an ihrer Einmündungsstelle in die femoralis durchschnitten, so gelten die für die Verletzung der V. femoralis selbst oben angeführten Sätze.

Die Arteria femoralis ist wohl kaum je verletzt worden. Den oben erwähnten, durch Unvorsichtigkeit herbeigeführten Fall können wir wohl ausser Acht lassen.

Demgemäss müssen wir unser Endurteil notwendig dahin abgeben, dass die immerhin vorhandene Möglichkeit einer Verletzung der grossen Schenkelgefässe für den Patienten nicht eine derartige Gefahr bedingt, dass dadurch der Wert der operativen Behandlungsweise des Bubo inguinalis ernstlich in Frage gestellt werden könnte.

Bieten nun die bei dem Bubo inguinalis obwaltenden besonderen Verhältnisse die Gefahr einer Störung des weiteren Wundverlaufes?

Bei den von Szadek veröffentlichten 175 Fällen kamen 12 Ekzeme und 5 Erysipele vor. Die ersteren scheiden für uns aus, da sie ihre Entstehung einer Idiosynkrasie der

betreffenden Patienten gegen ein bestimmtes Heilmittel, hier das Jodoform, verdanken und demgemäss bei anderen Operationen in gleichem Masse auftreten können. Das Entstehen von Erysipelen könnte vielleicht durch die bei der Operation gesetzte grosse Wundfläche begünstigt werden, doch ist im Vergleich zu andern Operationen nach der oben erwähnten Statistik ihr Vorkommen keineswegs besonders häufig.

Dem Bubo, insbesondere dem nach Ulcus molle entstandenen, spezifisch eigen ist die Möglichkeit des Ulcerös-werdens der Wundränder und somit der Bildung eines Leistenschankers. Ich muss nun wenigstens kurz auf die Frage eingehen, ob in dem Eiter des Bubo, besonders des nach Ulcus molle enstandenen, Stoffe enthalten sind, die in der eben erwähnten Weise der späteren Wundheilung gefährlich werden könnten.

Harteloup (Annales de dermatologie 1880), Janowski (Monatshefte für Dermatol. 1885) veröffentlichten Fälle, in denen perforierte Bubonen ulcerös wurden, nachdem die periphere Ursache bereits verheilt war. Sie schlossen daraus, dass diese Bubonen in sich virulent gewesen seien. Diese klinischen Erfahrungen suchten andere durch bakterielle und experimentelle Untersuchungen zu stützen. Ullmann (Wiener med. Wochenschr. 1891. N 7) fand bei 26 Fällen 5 mal Staphylokokken, die er für Begleiter der eigentlichen noch nicht sicher gestellten spezifischen Krankheitserreger venerischer Affektionen und der davon abhängigen Adenitiden hält. Er glaubt an das Vorkommen progredienter ulceröser Formen des Bubo. Ebenso spricht Welander im Archiv für Dermatologie und Syphilis 1891, 1 auf Grund seiner Untersuchungen die Ansicht aus, dass Schankerbakterien wirklich einen virulenten Bubo erzeugen können.

Andry (Monatshefte für Dermatologie 1895) fand im Bubo den von Ducrey und Unna beschriebenen und von diesen Forschern stets im Ulcus molle gefundenen Bazillus. Andry konnte auch durch Impfungen mit dem Buboneneiter typische Schankergeschwüre erzeugen. Ducrey selbst jedoch (Monatshefte für praktische Dermatologie Band 9) giebt als Resultat seiner 50 Impfversuche an, dass

die schankröse Form des Bubo nichts weiter sei, als der Erfolg einer Ueberimpfung von aussen, und dass der Bubonen eiter keine Mikroorganismen enthält, die mit unseren heutigen Mitteln nachgewiesen werden könnten. Nobl (Jahrbuch der Wiener k. k. Krankenanstalten 1893) tritt auf Grund seiner Erfahrungen diesen Ausführungen vollkommen bei. Die ausserordentlich peinlichen und mit allen Kautelen der Aseptik ausgeführten Impfversuche Spietschkas (Archiv für Dermatologie Band 28) haben ebenfalls die vollkommene Sterilität des Bubonen eiters ergeben.

Die Lösung dieser wissenschaftlich höchst interessanten Frage steht noch aus; und wir müssen uns bei der Beantwortung der oben gestellten Frage an die klinischen Erfahrungen halten.

Ullmann hat unter 227 operierten Fällen 12 oder 5,2% ulcerös verlaufende beobachtet. Die Verschleppung von Keimen von aussen her hält er selbst bei 10 von diesen Fällen für möglich „umsomehr, da sich dies später bei noch grösserer Vorsicht nicht mehr ereignete." Sonst habe ich nirgends in der Litteratur Fälle gefunden, bei denen nachträglich ein schankröser Zerfall der Wundränder eingetreten wäre, sodass wohl auch dieser Punkt bei der Beurteilung des Wertes der operativen Behandlung des Bubo kaum in Betracht kommen kann.

In Anschluss hieran berichte ich noch einige vereinzelt dastehende Fälle von Störungen des weiteren Wundverlaufs. Spietschka beobachtete zweimal das Auftreten eines Oedems des Skrotums nach beiderseitiger Exstirpation der Leistendrüsen. Ullmann berichtet von einem Fall, bei dem eine Neigung zu Präputialödem bestehen blieb. Schwerere Fälle von Stauungen im Lymphgefässgebiet berichten Winslov und Jones (Annales of Surgery 1886). Sie sahen viermal Gangrän der Skrotalhaut eintreten. Derartige Beobachtungen sind späterhin nicht mehr veröffentlicht worden. Sie sind vereinzelt geblieben und in ihren Ursachen nicht sicher gestellt. Wir dürfen sie daher wohl für die Beantwortung unserer Frage als belanglos betrachten.

Welche Prognose bietet uns nun schliesslich die operative Behandlung des Bubo inguinalis? Für die Dauer

der Heilung ist natürlich die Schwere des einzelnen Falles von ausschlaggebender Bedeutung. Wenn die Haut über dem Bubo in grösserer Ausdehnung dünn und nekrotisch geworden ist, sodass bei der Operation ein bedeutender Substanzverlust gesetzt werden muss, wenn ferner Perforationen und Fistelgänge die Exzision grösserer Hautpartieen nötig macht oder durch die eitrige Einschmelzung die Haut auf weite Strecken hin unterminiert und in ihrer Ernährung gestört ist, so muss dies die Heilungsdauer bedeutend verlängern. Das Material der öffentlichen Krankenhäuser, das die Grundlage für die über diesen Punkt erschienenen Arbeiten bildet, zeigt meist eine Menge schwerster Fälle. Die sozialen Verhältnisse bringen es mit sich, dass die Patienten zunächst durch alle möglichen äusserlichen Mittel, durch Salben, Einreibungen, Umschläge, versuchen, den Bubo zur Rückbildung zu bringen. Sie betrachten das Spital gewissermassen als ultima ratio. Sie wenden sich ihm oft erst zu, wenn alles andere fehlgeschlagen ist, wenn der Bubo nach aussen durchgebrochen und mit Fistelgängen und Nekrose der Haut kompliziert ist. Aus diesem Grunde sind auch die grossen Schwankungen in der Heilungsdauer operativ behandelter Bubonen erklärlich. Nach Szadek schwankt sie zwischen 10 und 45 Tagen, im Durchschnitt beträgt sie 30 Tage. Ullmann erzielte bei 22 Fällen von Bubo nach weichem Schanker eine Heilung in 25—48 Tagen, durchschnittlich in 38,3 Tagen. 34 Fälle nach syphilitischem Primäraffekt oder Gonorrhoe heilten nach 21—60 Tagen, durchschnittlich 39,8 Tagen. 5 Fälle nach Gonorrhoe heilten nach 31—56 Tagen, durchschnittlich in 48,6 Tagen. Er erwähnt noch besonders, dass die Länge der Heilungsdauer vielleicht befremdlich erscheinen möchte; doch ist eben die Gründlichkeit, mit der stets operiert wurde, und die dementsprechend grosse Wundhöhle, bei der eine vollkommene Vernarbung viel Zeit in Anspruch nimmt, hierbei in Betracht zu ziehen. Bei Spietschka finden wir die durchschnittliche Heilungsdauer mit 42,5 Tagen verzeichnet. Dieser Autor weist ebenfalls noch besonders auf die Schwere der von ihm referierten Fälle hin. In zwei Fällen mussten von ihm die Schenkelgefässe blos-

gelegt werden, in 18 Fällen wurden grosse Hautpartieen exstirpiert. Zehnder (l. c.) erhält bei der Ausräumung der Leiste eine Durchschnittsdauer der Heilung von 6 bis 7 Wochen.

Wenn Szadek mit der Heilungsdauer von 30 Tagen weit günstigere Resultate aufzuweisen hat als die letzt erwähnten Autoren, Ullmann mit 40, Spietschka mit 42.5 und Zehnder mit 42–49 Tagen, so ist hier wohl zu erwägen, dass eben in einem Militärlazareth, aus dem ja das Material Szadeks stammt, sich kaum derartig verwahrloste Fälle finden werden, wie dies in einem öffentlichen Krankenhause thatsächlich vorkommt. Bukowsky (Wiener mediz. Wochenschrift 1897) giebt die Durchschnittsdauer der Heilung der in der Langschen Klinik operierten Fälle im Jahre 1892 mit 37.2, im Jahre 1893 mit 34,7 und im Jahre 1896 mit 36,6 Tagen an. Auch hier schraubten einige besonders schwere Fälle die Dauer in die Höhe, so musste z. B. ein Patient 122 Tage im Spital verweilen. Wenn Szadek, Ullmann, Spietschka übereinstimmend von Heilungen berichten, die in 8—10 Tagen, also per primam, vor sich gingen und dann wieder einzelne Fälle aufweisen, wo sie 100 und mehr Tage, ja in einem von Ullmann erwähnten Falle 14 Monate in Anspruch nahm, so kommen wir zu dem Schlusse, dass eben solche aus dem Material der Krankenhäuser gewonnene und durch besonders schwere Fälle stark beeinflusste Durchschnittszahlen für die Beurteilung der Prognose der operativen Behandlungsweise des Bubo im einzelnen Falle nur einen relativen Wert haben.

Bringt nun die Operation eines Bubo dem Patienten irgend welche Gefahren für sein ferneres Wohlergehen? Grösse und Beschaffenheit der Narbe kommen für die Beurteilung dieser Frage zunächst in Betracht. Die Inzisionsöffnung ist ja nicht klein. Häufig ist, wie oben erwähnt, ein T-Schnitt notwendig. So finden wir denn hin und wieder Fälle angeführt, bei denen die Operation breite, öfters strahlig eingezogene Narben zurückgelassen hat. So berichtet Ullmann von einem ganz besonders schweren Falle, bei dem durch die Eröffnung fort und fort rezidivierender Abscesse eine kolossale Narbe entstanden war,

die sich von der spina anterior superior des Darmbeins einerseits und der Symphyse andererseits bis handbreit an die Patella heran erstreckte. Selbst dieses in der Geschichte der operativen Therapie der Bubonen unerhörte Resultat störte die Funktion des Gehaktes nicht besonders auffallend. Derselbe Autor berichtet auch von einer mehrere Wochen andauernden Neuralgie in der Form eines von der Narbe ausstrahlenden Schmerzgefühls. Szadek dagegen fand die Narben immer linear glatt und nach einem längeren Bestande fast unbemerklich. Spietschka sah bei seinen 87 Fällen ebenfalls meist glatte und weiche Narben: nur in 12 besonders schweren Fällen waren sie strahlig retrahiert. Doch auch bei letzteren war von irgend welchen Beschwerden keine Rede, höchstens waren sie vom kosmetischen Standpunkte aus eine unangenehme Beigabe für den Patienten.

Es sind ferner nach der Operation noch Rezidive vorgekommen. Ullmann hatte bei 175 Fällen 9 Nachoperationen. „Fünfmal waren es strumöse Bubonen, bei denen bei der Operation unbemerkt gebliebene krankhafte, aber anscheinend intakte Drüsen zurückgeblieben waren, die, im Laufe der Wundbehandlung sich vergrössernd, neuerdings exstirpiert werden mussten. In den restlichen Fällen war es zu dem gekommen, was Professor Lang zentrifugale Autoinfektion nennt. Es infizieren sich bis dahin noch intakte nachbarliche Drüsen von der durch Zufälle verunreinigten Wunde aus." Spietschka hatte nur einmal bei einem besonders grossen Bubo ein Rezidiv, obwohl er keineswegs ein Anhänger der von Mosetig-Moorhof empfohlenen Radikaloperation ist. Szadek beobachtete gar kein Rezidiv. Wir können uns bei dem so sehr seltenen Vorkommen der Ansicht nicht verschliessen, dass ein genügend radikales Vorgehen bei der Operation jedes Rezidiv vermeiden dürfte.

Wir müssen demgemäss nach Würdigung aller in Vorstehendem angegebenen Thatsachen unser endgültiges Urteil dahin abgeben, dass wir in der operativen Behandlung suppurierender Bubonen eine Methode besitzen, die ohne Gefahr für den Patienten ausgeführt werden kann, bei der die weitere Wundbehandlung keine besonderen

Komplikationen erleidet, die in einigermassen günstigen Fällen öfters per primam oder doch in kurzer Zeit zur Heilung führt und die schliesslich für das fernere Leben des Patienten Rezidive oder anderweitige Nachkrankheiten nicht befürchten lässt.

In letzter Zeit sind nun mehrfach Versuche gemacht und veröffentlicht worden, die geeignet erscheinen, diese bis jetzt herrschende Methode zu verdrängen oder in ihrem Gebiete wenigstens zu beschränken. Die Operation erheischt neben einem vollkommenen Instrumentarium zumeist die Einleitung einer Chloroformnarkose und somit die Anwesenheit einer geschulten Assistenz. Während der in schweren Fällen sich nach Wochen und Monaten berechnenden Heilungsdauer müssen die Patienten das Bett hüten und sind ihrem Berufe entzogen, schliesslich bleibt noch eine Narbe zurück, die ihrem Träger gewissermassen für immer ein Kainzeichen aufdrückt. Somit ist es wohl erklärlich, dass die Versuche, eine für den Arzt wie für den Patienten bequemere Behandlungsweise der Bubonen zu finden, nie ganz aufgegeben worden und wie ein roter Faden durch die Litteratur zu verfolgen sind, bis sie in letzter Zeit eine festere Gestalt und aktuelle Bedeutung gewonnen haben.

Diese neuesten Methoden, die eine Kombination von Punktion des Bubo und medikamentöser Injektion darstellen, haben sich unmittelbar aus den in der vorantiseptischen Zeit geübten Verfahren entwickelt. Damals legte man auf der Höhe der fluktuierenden Geschwulst ganz kleine Oeffnungen an, um eine septische Infektion nach Möglichkeit zu vermeiden. Die ausserordentlich schlechten Resultate dieser Punktionen, bei denen wegen der Kleinheit der Oeffnung und ihrer Verklebung der Abfluss des Eiters meist gänzlich ungenügend und schankröser Zerfall der Wundränder an der Tagesordnung war, führten eben mit Hilfe der Aseptik und des Jodoforms zum Siege der operativen Therapie. Nebenher aber wurden immer und immer wieder Modifikationen der alten Punktion erprobt, im besondern suchte man nach Medikamenten, die durch die Punktionsöffnung injiziert den Heilungsprozess herbeiführen sollten. Schon Roux hatte Jod, Lapislösungen und Sub-

limat injiziert. Harvey (Medical news 86) versuchte in neuerer Zeit das Karbol, Mannino (La riforma med. 1887) das Sublimat, Fontan (Lyon 1889) Jodoformvaseline, Eichstorf (Thèse de Paris 1889) Jodoformäther. Auch noch andere Medikamente sind benutzt worden, ohne dass indes eine dieser Methoden es zu irgend welcher praktischer Bedeutung gebracht hätte. 1893 empfahl Trnka in der Wiener medizinischen Wochenschrift eine subkutane antiseptische Durchspülung. Er legte durch zwei Inzisionsöffnungen an den beiden Polen der Geschwulst ein durchlöchertes Drainrohr und spülte nun die Wundhöhle mit 3% Karbol- oder 1% Thymollösung durch, injizierte dann einige Gramm Jodoformöl oder warmer Jodoformemulsion und legte einen Druckverband an. Beim Verbandwechsel wurde die Durchspülung wiederholt. In 22 Fällen erzielte er in 12–20 Tagen Heilung. Weitere Versuche mit dieser Methode sind nicht gemacht worden.

Ernstere Bedeutung für die weitere Entwicklung der Therapie des Bubo inguinalis haben dagegen die Methoden von Welander-Stockholm und Lang-Wien gewonnen.

Welander verfolgte bei seinen Versuchen die Absicht, die den Bubo veranlassenden Noxe, als die er Staphylo- und Streptokokken, beim Ulcus molle vielleicht auch den Ducrey-Unnaschen Bazillus betrachtete, abzutöten, ehe sie ihr Zerstörungswerk vollendet hätten. Er wollte eine Abortivkur finden. Er injizierte im Jahre 1889 zunächst eine 1% Sublimatlösung. Die grosse Schmerzhaftigkeit der Injektion liess ihn von weiteren Versuchen bald abstehen. Er wandte sich nun mit besserem Erfolge dem Quecksilberbenzoat Lieventhals zu. Er injizierte von einer 1% Lösung, der er 0,5% Chlornatrium zusetzte, je nach der Grösse des Bubo ein oder meist zweimal je $^1/_2$ g. Nach der Injektion wurde ein Druckverband angelegt, und der Patient verhielt sich möglichst ruhig oder hütete das Bett. In der Regel haben dann die Patienten in den ersten Stunden nach der Einspritzung einigen Schmerz empfunden und an einer gesteigerten Empfindlichkeit gelitten. Diese Empfindlichkeit ist aber am Tage darauf wieder geringer gewesen und in den meisten Fällen hat in den nächsten Tagen auch das Infiltrat angefangen sich zu vermindern,

während gleichzeitig oft eine deutliche, mitunter nicht unbedeutende Fluktuation aufgetreten ist, die jedoch nach einem oder einigen Tagen angefangen hat abzunehmen und schliesslich ganz verschwunden ist. Die Injektionen wurden gemacht teils in bereits in Schmelzung übergegangene, teils, und dies hauptsächlich, in solche Bubonen, wo sich kein oder doch nur ein mehr oder weniger undeutliches Gefühl von Fluktuation wahrnehmen liess. Seiner Absicht, eine Abortivkur zu finden, entsprechend wählte Welander sein Material zunächst nur unter denjenigen Fällen, wo entweder blos eine Drüse angeschwollen war oder auch 3—4 mit dem umgebenden Gewebe." Wir haben es demgemäss hier mit beginnenden Fällen zu thun, wo ein Versuch konservativer Behandlungsweise mit Ruhe, Kälte, Umschlägen, Druckverbänden in jedem Falle indiziert und oft von Erfolg begleitet ist. Welander selbst stellt diese seine ersten im Heft 1 des Archivs für Dermatologie 1891 veröffentlichten Fälle in Parallele zu den Erfolgen, die Patzelt mittels Kompressen mit essigsaurem Blei erzielt hat. Patzelt gewann bei 40% Welander allerdings bei 73% ein günstiges Resultat. Welander glaubte somit eine gute Modifikation der bis dahin gebräuchlichen Methode der konservativen Behandlung des Bubo gefunden zu haben. In einer späteren Abhandlung im Archiv für Dermatologie 1891 vervollständigte er seine ersten Versuche und erstreckte sie auch auf Bubonen mit ziemlich bedeutender Fluktuation, bei denen die Haut noch einigermassen gut genährt war. Hier machte er die Injektion in den noch nicht abszedierten Rand der Geschwulst. Sein Endresultat ist folgendes: Bei 76 Fällen von nicht oder unbedeutend fluktuierenden Bubonen heilten 68 oder 89,5% bei 19 Fällen mit ziemlich bedeutender Fluktuation waren nur 10 oder 52,5% günstig, 9 mussten nachträglich breit inzidiert werden. 5 mal beobachtete Welander ein Schankröswerden der Inzisionsöffnung; dies schrieb er dem Umstande zu, dass die betreffenden Bubonen in sich selbst virulent gewesen wären. Auf Grund dieser Versuche hält Welander sich zu folgenden Schlussfolgerungen für berechtigt:

1. Ist der Bubo in sich selbst virulent, so kann eine

Injektion von benzoesaurem Quecksilberoxyd nicht hemmend auf seine Entwicklung einwirken. Er geht in Suppuration über.

2. Findet sich bedeutende Fluktuation und ist die Haut dünn und blaurot, so kann die Injektion nur insoweit von Nutzen sein, als dadurch die Infiltration, die sich möglicherweise in der Umgebung vorfindet, schneller zurückgeht. In der Regel muss aber der Bubo geöffnet werden.

3. Ist eine ziemlich bedeutende Fluktuation vorhanden, die Haut aber, obschon rot, noch dick und gut genährt, so findet sich recht gute Aussicht, dass bei einer Injektion in die infiltrierte Umgebung des Bubo derselbe (in möglicherweise 50% der Fälle) nicht geöffnet zu werden braucht.

4. Findet sich keine oder nur eine unbedeutende Fluktuation, so ist die grösste Wahrscheinlichkeit vorhanden (in möglicherweise 90% der Fälle), dass der Bubo verschwindet, ohne dass er in der Haut die geringste Spur einer Narbe zurücklässt.

Bei bereits perforierten Bubonen hält Welander seine Methode für durchaus kontraindiziert.

Welanders Resultate wurden durch Letnik bestätigt (Centralblatt für Chirurgie 1892 No. 14). Letnik injizierte ausschliesslich in noch nicht fluktuierende Bubonen.

Thaler (Annalen der städtischen allgemeinen Krankenhäuser München) veröffentlichte 33 nach Welander behandelte Fälle, die aber nur in 47% ein günstiges Ergebnis lieferten. Brousse und Rothezat (Annales de dermatol. 1893 No. 4) hatten bei 10 nach Welander behandelten Fällen einen vollkommenen Misserfolg zu verzeichnen. 9mal musste der Bubo nachher breit inzidiert werden. Eine Modifikation erfuhr Welanders Methode durch Spietschka (Ueber die Behandlung der Bubonen, Archiv für Dermatologie und Syphilis 1892). Er bemerkte, dass sich häufig unter der Hautdecke nach der Injektion eine dicke, braunrote, chokoladefarbige Flüssigkeit ansammelte, deren mikroskopische Untersuchung zeigte, dass sie eine Masse nekrotischer Gewebsfetzen, zahllose zerfallende oder zerfallene rote Blutkörperchen, jedoch verhältnismässig wenig Eiterkörperchen enthielt. Dieser Flüssigkeit ver-

schaffte Spietschka durch einen kaum 1 cm langen Einschnitt Abfluss. Es stellte sich dann aus der Wundöffnung ziemlich bedeutende Sekretion ein, die aber im Laufe einiger Tage spärlicher wurde und ihre Beschaffenheit bald änderte, indem sie nunmehr ein reines etwas blutig tingiertes Serum entleerte. Jeden zweiten oder dritten Tag folgte Verbandwechsel und Ausspülung der Wundhöhle mit 1 : 1000 Sublimatlösung. Auf diese Weise beobachtete Spietschka eine allmähliche Verkleinerung der Wundhöhle, ein Abnehmen der Sekretion und Schwinden der Infiltration in der Umgebung, schliesslich Verschluss der Inzisionswunde und Heilung. Die Anwendung dieses modifizierten Verfahrens dehnte Spietschka nunmehr auch auf bereits fluktuierende Bubonen aus. Seine Resultate sind folgende:

Bei 23 Patienten genügten die Injektionen allein zur Heilung der Adenitis.

Bei 13 wurde ausserdem noch eine kleine Inzision gemacht.

Bei 26 Fällen musste man nach der Injektion zur Operation schreiten.

Die Heilungsdauer betrug bei den ersten 23 Fällen durchschnittlich 19 Tage, bei den zweiten 13 Fällen 28 Tage. Hierbei kamen noch zwei verhältnismässig recht leichte Fälle vor, bei denen der Bubo in ausserst auffallender Weise auf die Quecksilberbenzoatinjektion reagierte. Bei dem ersten Falle handelte es sich um ein Rezidiv. Im zweiten Falle stellte sich Fieber ein, der Bubo zeigte gleich nach der ersten Injektion eine starke Fluktuation, die nach der zweiten noch stärker wurde, sodass der Bubo spontan zu perforieren drohte. Die Heilungsdauer betrug hier im ganzen 7 Wochen. Bei den zuletzt erwähnten 26 Fällen, bei denen nachher noch eine Operation nötig wurde, stellte Spietschka im Vergleich zu den im Vorjahre operierten Fällen eine Abkürzung der Heilungsdauer um etwa 6 Tage fest. Wir meinen, dass durch diese Reihe von 26 Versuchen noch nichts endgültig bewiesen ist, zumal nach Spietschkas eigener Aussage das Material des zum Vergleich herangezogenen Vorjahres durch mehrere besonders schwere Fälle belastet wurde. Er giebt zum Ueberfluss noch in einigen Fällen selbst zu, dass die

sofortige Exstirpation der Drüsen eine kürzere Zeit zur Heilung erforderlich hätte. Im allgemeinen erhält Spietschka auch weit schlechtere Resultate als Welander, vor allem hat er von einer Abortivwirkung nichts bemerkt. Seine Erfahrungen in der Quecksilberbenzoatinjektion fasst er in folgendem zusammen:

Erstens lässt sich bei einer Anzahl von Fällen jeder operative Eingriff vermeiden, bei einer zweiten Anzahl von Fällen beschränkt sich dieser operative Eingriff auf einen kleinen Einstich. Muss schliesslich die Operation doch vorgenommen werden, so wird sie dadurch bedeutend vereinfacht, dass sich die flüssigen und nekrotischen Massen sehr leicht entfernen lassen, eine Behauptung, die wie wir eben zeigten auf recht schwachen Füssen steht. Was nun den ersten Teil dieser Schlussfolgerung anbelangt, so vermisse ich eine genauere Angabe darüber, in welchem Verhältnis die Zahl der nach Welander mit Erfolg zu behandelnden Fälle zu der Gesamtmenge der Bubonenerkrankungen steht. Ich fürchte, dass dieser Prozentsatz kein sehr hoher sein wird. Schliesslich rühmt Spietschka die Injektionsmethode als die konservativere, da hier dem Patienten oft noch Drüsen erhalten blieben, die er bei der Operation verlieren würde. Diese Bemerkung kann doch nur bei der Ausführung der Radikaloperation als zutreffend anerkannt werden. Ihre verhältnismässig seltene Ausführung haben wir aber bereits oben erwähnt; sie ist wohl nur bei strumösem Bubo indiziert. Ob aber dann überhaupt Welanders Verfahren möglich ist, dafür finde ich unter Spietschkas Fällen kein Beispiel angeführt.

Durchaus schlechte Erfolge beobachtete Laub (Wiener mediz. Wochenschrift 1895) bei Anwendung der Welanderschen Methode. Es zeigten sich bei ihm äusserst stürmische Folgeerscheinungen, starkes Anschwellen des Bubo nach der Injektion, brennende, reissende Schmerzen, Fieber bis über 39, das öfters längere Zeit anhielt.

Die letzte über Welanders Methode veröffentlichte Versuchsreihe ist die von Schischa-Graz (Wiener mediz. Wochenschrift 1897 N 2 und 3). Er verzichtete von vornherein darauf, die Quecksilberbenzoatinjektionen im Sinne einer Abortivkur zu gebrauchen; er kombinierte sie im

Sinne Spietschkas mit vorheriger Punktion. Er führte insofern noch ein neues Moment in diese Therapie ein, als er nur bereits fluktuierende Bubonen punktierte und gegebenenfalls den Beginn der Fluktuation abwartete oder durch Kompressen mit essigsaurem Blei herbeizuführen suchte. Hiermit begiebt sich Schischa in einen gewissen Gegensatz zu Welander. Die Reaktion war bei ihm die gleiche wie bei dem ursprünglichen Verfahren. Der Verband wurde täglich gewechselt und gleichzeitig eine Ausspülung mit 50% Sublimatlösung gemacht. Unter 27 Fällen wurde nur einmal eine Nachoperation nötig, sodass hier die Heilungsdauer 82 Tage betrug. Bei den andern Patienten schwankte sie zwischen 6 und 42 Tagen; durchschnittlich waren es 21,5 Tage. Bei diesen verhältnismässig recht günstigen Zahlen vermisse ich eine Angabe darüber, ob die Zeit hier mit eingerechnet ist, während der Schischa auf den Eintritt der Fluktuation warten musste. Schischa erhofft von der Einführung dieser Therapie viel Gutes, wenn er sie auch bei mehreren Kategorieen von Bubonen für nicht indiziert erklären muss. Er hält sie bei in sich virulenten, bei strumösen und bei sehr vernachlässigten Bubonen mit dünner, nekrotischer Hautdecke für unanwendbar.

Eine Methode, die der von Spietschka und Schischa geübten entspricht, wandte auch Prof. Lang-Wien bei seinen Versuchen mit medikamentösen Injektionen an. Als Medikamente erprobte er zunächst im Jahre 1890 das Zinc. sozojodolicum und eine Jodoformglycerinemulsion. Der Erfolg war wenig ermutigend. Trotz der geringen Schwere der Fälle war in mehr als der Hälfte der Fälle die spätere Operation nötig. Im Jahre 1892 begann Lang die Methode in Anwendung zu ziehen, die nunmehr an seiner Abteilung ausschliesslich geübt wird und eine nach den Regeln der Aseptik verwertete Punktionsart darstellt, die mit Injektion von Argentum nitricum kombiniert ist. Die Technik, wie sie von Dr. G. Nobl im Jahrbuche der wiener k. k. Krankenanstalten geschildert wird, entspricht der von Spietschka und Schischa geübten und oben besprochenen. Zu erwähnen ist, dass Lang durch leichtes Massieren die Flüssigkeit mit allen Buchten und

Nischen der Abszesshöhle in Berührung zu bringen sucht, sie dann zum Teil wieder abfliessen lässt und die Punktionsöffnung mit Jodoformkollodium verklebt. Die Injektionen werden bei reichlicher Eiterentleerung, wo noch eine fortschreitende Erweichung von Drüsensubstanz zu gewärtigen ist, täglich, sonst jeden zweiten Tag vorgenommen. Die Schmerzhaftigkeit ist ausserordentlich gering und besteht nur in einem leichten Brennen. Der Heilungsvorgang vollzieht sich in der Weise, dass zunächst meist schon nach der ersten Infektion der ursprünglich dickflüssige gelbgrüne Eiter sich in ein helleres wässeriges Sekret umwandelt. Allmählich nimmt die Menge dieses Sekretes ab und wird durch eine dicke, chokoladefarbige, fadenziehende Flüssigkeit ersetzt, die mikroskopisch eine Zusammensetzung aus zerfallenen Erythro- und Leukocythen, Fibrin und Detritus erkennen lässt. Schliesslich kann man nur noch eine geringe Menge eines hie und da leicht blutig tingierten, sonst hellen Serums ausdrücken. Jetzt ist der Zeitpunkt gekommen, wo durch einen Kompressivverband eine bessere Annäherung der Abszessdecke und des darunterliegenden Gewebes zwecks besserer Heilung herbeigeführt werden kann. Die Wundhöhle beginnt nun von der Peripherie her zu verkleben, sie wird allmälig konzentrisch eingeengt, ohne dass irgendwo Nischen oder Gänge zurückbleiben.

Eine Modifikation erfährt diese Methode bei Bubonen, bei denen sich der Prozess über die Drüsenkapsel hinaus erstreckt, wo es zur Bildung von mannsfaustgrossen Tumoren kommt. Hier werden an beiden Polen der Geschwulst Inzisionen angelegt und das Argentum nitricum wird durch ein Drainrohr injiziert.

Eine Kombination mit parenchymatösen Injektionen wandte Lang in den Fällen an, bei denen der eingeschmolzene Krankheitsherd von einem breiten, diffus in die gesunde Umgebung übergehenden Infiltrationssaume umgeben ist. Dann bemerkte Lang entweder eine weitere Erweichung des infiltrierten Gewebes oder eine Rückbildung der Entzündung. Die Heilungsdauer betrug bei 40 Fällen mit stark verdünnter Hautdecke und grossen Eiterherden 14—20 Tage, in 5 Fällen sogar 20—30 Tage. Alle übrigen Fälle heilten in 8—12 Tagen. Misserfolge und

Störungen sind von Nobl nicht beobachtet worden. Als besondere Vorteile der Langschen Methode betont Nobl die wesentliche Abkürzung der Heilungsdauer, das Schmerzlose des Eingriffs, die Heilung ohne entstellende Narben sowie das Ausbleiben einer jeden lokalen oder allgemeinen Reaktionserscheinung. Für kontraindiziert hält Nobl das Langsche Verfahren nur bei strumösen Bubonen.

Bald wurden nun weitere Erfahrungen, die man mit dieser Methode gemacht hatte, veröffentlicht. Mrazek (La semaine médicale 1894. Ref.) stellte in Wien 40 nach Lang behandelte, günstig verlaufene Fälle vor. Die Erfahrungen, die in Mrazeks Klinik gemacht worden sind, behandelt Laub in der Wiener med. Wochenschrift 1895 genauer. Er rühmt die geringe Schmerzhaftigkeit, die sich auf ein 1—1½stündiges Brennen beschränkt, und sah sonst dieselben Vorteile wie Lang und Nobl. Die Heilungsdauer betrug 8—14 Tage in wenigen Fällen 3 Wochen. In zwei Fällen beobachtete er allerdings böse Nachwirkungen. Einmal entstand nach den Injektionen eine Epididymitis ohne gleichzeitige Gonorrhoe, ein zweites mal eine bis zum ersten Verbandswechsel dauernde ödematöse Schwellung des Penis und der Bauchdecken. Die letzte Statistik über Langs Methode veröffentlichte Bukowsky-Prag in der Wiener mediz. Wochenschrift 1897. Das Material stammt aus Langs Klinik. Ausgeschieden wurden von vornherein alle strumösen Bubonen. Es blieben nunmehr noch 115 Fälle oder 78,8% übrig, die mit Arg.-nitricum-Injektionen behandelt wurden. Davon wurden 94 Fälle oder 81,7% vollkommen geheilt, in 17 Fällen oder 14,8% versagte die Methode, 4 Fälle oder 3,5% traten vor erfolgter Heilung aus. Die kürzeste Heilungsdauer betrug 6 Tage. Sie wurde 11 mal beobachtet. Durchschnittlich dauerte es 14,7 Tage. Auch bei den 17 misslungenen Fällen, bei denen man schliesslich zur Operation schritt, will Bukowsky in sofern einen Vorteil von der vorherigen Anwendung des Langschen Verfahrens ersehen haben, als sich die Wundhöhle auffallend schnell mit Granulationen füllte. Die Heilungsdauer der operierten Fälle betrug 17—57 Tage.

Schischa (l. c.) hat im Gegensatz zu diesen Autoren

gefunden, dass die Lapisinjektionen grosse Schmerzen verursachten, die sich bei der verlangten öfteren Einspritzung wiederholten. Er giebt deshalb dem Welanderschen Verfahren den Vorzug.

Mit der Anwendung der Welanderschen und Langschen Methode tritt uns das Prinzip, den Bubo durch einen möglichst schonenden Eingriff zur Heilung zu bringen, zum ersten Male in greifbarer Gestalt entgegen. Die Hoffnungen, die auf dieses Verfahren der Punktion und nachherigen medikamentösen Injektion gesetzt werden, sind grosse. Wie weit sie sich erfüllen werden, muss die Zeit lehren. Einmal sind die bis jetzt veröffentlichten Versuchsreihen, die noch dazu aus einer beschränkten Anzahl von Kliniken stammen, noch nicht genügend, um uns ein endgültiges Urteil zu erlauben; ferner sehen wir, wie gerade in der Therapie des Bubo die Erwartungen, die man auf die Anwendung dieser oder jener Methode setzte, durch weitere Versuche enttäuscht wurden. Drittens scheint es mir auch wichtig zu sein, dass wir bis jetzt noch keine genügende theoretische, wissenschaftliche Begründung für die Art der Einwirkung der injizierten Medikamente auf den Heilungsvorgang haben. Bei Bubonen, die einen abgeschlossenen Abszess darstellen, lässt sich diese Wirkung noch leidlich erklären, sei es, dass durch die Medikamente die den Bubo erzeugenden Noxe unschädlich gemacht werden, sei es, dass durch sie die Abstossung nekrotischer Gewebsfetzen und die Bildung guter Granulationen befördert wird. Handelt es sich aber um einen Bubo, der, wie wir dies so häufig sehen, in den einzelnen Drüsen getrennte Eiterherde setzt, so ist die Möglichkeit einer gleichzeitigen Einwirkung der Injektion auf alle diese Herde durchaus nicht einzusehen. Denken wir nun noch an die zahlreichen Fälle, bei denen die Injektionsmethode selbst von ihren Anhängern für unanwendbar erklärt wird, so ist es wohl begreiflich, dass diesem neuen Gast, wenn er auch noch so viel verspricht, nicht in jeder Klinik ohne weiteres Einlass gewährt wird. Auch in der chirurgischen Klinik des kgl. Charité-Krankenhauses zu Berlin ist die operative Behandlungsweise unverändert beibehalten worden. Es ist wohl von Interesse, die Resultate, die mit dem grossen

Material dieser Klinik erzielt worden sind, vergleichsweise zusammenzustellen, da durch die erwähnten Versuche einer Injektionsbehandlung die Frage der Therapie des Bubo inguinalis nochmals zur Diskussion gestellt wird.

In den Jahren 1885—95 wurden insgesamt 614 Fälle von Bubo inguinalis aufgenommen. Etwa 245 waren rechtsseitig, 268 linksseitig, sodass ein Unterschied zu Gunsten einer Seite kaum zu bemerken ist. In 101 Fällen war der Bubo doppelseitig. 478 Männer, 127 Weiber und 9 Kinder waren betroffen. Die meisten Fälle bei Männern kamen zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr vor, bei den Weibern zwischen dem 15. und 30. Bei 210 Patienten konnte über die Entstehungsursache nichts Bestimmtes in Erfahrung gebracht werden. Bei den übrigen 404 lag die Ursache 228mal oder in 37% sämtlicher 614 Fälle an venerischen Erkrankungen. Ueberdies sprachen mehrfach Patienten von früher überstandenen venerischen Erkrankungen, die zur Zeit ihres Eintritts in die Charité bereits verheilt und objektiv nicht mehr nachweisbar waren. Den bei weitem grössten Prozentsatz hat hier das Ulcus molle aufzuweisen. Bei den im Jahre 1895 durch venerische Krankheiten verursachten 29 Bubonen wird 18mal, bei den 43 Bubonen des Jahres 94 22mal Ulcus molle als Grund angegeben. Selten wird dagegen die Syphilis als ätiologisches Moment genannt. 1893 und 94 kommt kein einziger derartiger Fall vor, 1894 wird sie unter 85 Fällen 3mal oder bei 3,6% als Veranlassung erwähnt. Diese Beobachtung steht gänzlich im Gegensatz zu den von Ullmann und Spietschka angegebenen Zahlen. Ullmann fand bei 227 Fällen 96mal oder in 42,3%, Spietschka bei seinen 112 Fällen 46mal oder in 41,0% Syphilis als veranlassende Ursache. Dies erklärt sich wohl daraus, dass diese Autoren Mischinfektionen zwischen Syphilis und Ulcus molle der ersteren zurechneten.

In nächster Linie kommen für die Aetiologie des Bubo in Betracht Eiterungen im Lymphgefässgebiet der Inguinaldrüsen. Unter meinen 614 Fällen wurden 65 oder 10,5% darauf zurückgeführt. Wir finden hier Ulcera cruris, Scabies, Ekzem, Acne, Abszesse an den Bauch-

decken und an den Nati, Phlegmasia alba dolens, Coxitis vertreten. Derartige Eiterungen als Ursache des Bubo sind von Ullmann garnicht beobachtet worden. Spietschka hingegen erwähnt Balanoposchitis, Ekzem, Furunkel, Exkoriationen je einmal als ätiologisches Moment. Mehrfach wurden mechanische Läsuhe beschuldigt, den Bubo veranlasst zu haben, im ganzen in 76 Fällen oder bei 10,9%. Hierbei handelt es sich 4mal um den Druck eines schlecht sitzenden Bruchbandes, 43mal um eine Ueberanstrengung beim Heben schwerer Lasten, 26mal um einen Stoss in die Leistengegend. 4 Personen schrieben ihr Leiden einer vorangegangenen Erkältung zu. Bei 6 Personen fanden sich multiple auf tuberkulöser Basis beruhende Drüsenschwellungen, sodass man bei diesen äusserst geringen Prozentsatz von 0,9 „ der 614 Fälle die Tuberkulose wohl für die Entstehung des Bubo verantwortlich machen darf. Schliesslich sei noch erwähnt, dass bei 2 im Jahre 1887 behandelten Fällen das Ueberstehen eines Typhus als ätiologisches Moment angegeben wird.

Bevor ich nun zur Besprechung der in der Charité angewandten therapeutischen Massnahmen gehe, schicke ich voraus, dass das Material der Charité und im besondern das der chirurgischen Abteilung ein besonders schweres genannt werden muss. Während auf der Abteilung für Geschlechtskrankheiten dem Arzte öfters Gelegenheit gegeben ist, einen nebenher entstehenden Bubo in seinem Beginne zu behandeln, hat die chirurgische Abteilung den zweifelhaften Vorzug, erst dann aufgesucht zu werden, wenn die Grösse und Schmerzhaftigkeit des Bubo es dem Patienten durchaus unmöglich machen, seiner Beschäftigung weiter nachzugehen. Deshalb finden wir auch einen immerhin nicht ganz unbedeutenden Prozentsatz von Fällen angegeben, bei denen die Patienten nach vorheriger vergeblicher anderweitiger Behandlung mit Fistelgängen Perforationen und ausgedehnter Nekrose der Haut in der Abteilung Aufnahme fanden. In den Jahren 90—95 waren dies im ganzen 32 Patienten.

Die Behandlung wurde in der Weise vorgenommen, dass in allen den Fällen, bei denen eine beginnende eitrige Einschmelzung, eine wenn auch nur ganz geringe Fluktua-

tion nicht wahrgenommen werden konnte, bei denen man also annehmen durfte, dass es sich nur um eine entzündliche Schwellung und Infiltration der Drüsen handele, durch indifferente Massnahmen eine spontane Rückbildung herbeizuführen versucht wurde. Man beschränkte sich hier im wesentlichen auf die Anordnung absoluter Bettruhe und die energische Versorgung des den Bubo veranlassenden primären Uebels. Nebenher applizierte man noch kühlende Umschläge, Eis oder Bleiwasser, hier und da auch warme Leinsamenkompressen. Oefters wurde auch durch Schrotbeutel und Bleiplatten oder auch durch einen einfachen Kompressionsverband ein konstanter Druck ausgeübt. Auf diese Weise brachte man 49 Fälle oder 8,1% der Gesamtzahl zur Heilung. Unter diesen 49 Fällen waren Gonorrhoe und Fluor 12mal, Ulcus molle nur 3mal, Ekzem und Eiterungen im Lymphgefässgebiet dagegen 10mal, Ueberanstrengung oder ein in die Inguinalgegend geführter Stoss 9mal als Ursache des Bubo genannt. 4mal blieb die Ursache unbekannt.

Wir entnehmen hieraus, dass ein Versuch mit der erwähnten konservativen Behandlungsweise bei den Bubonen, die nach Eiterungen im Lymphgefässgebiet oder nach mechanischen Insulten entstanden sind, eine weit günstigere Prognose bietet als bei Bubonen nach venerischen Erkrankungen, vor allem nach Ulcus molle, wo wir kaum je auf einen Erfolg werden rechnen dürfen. Spietschkas Erfolge mit der konservativen Behandlung des Bubo sind weit günstigere. Er brachte von seinen 112 Fällen 25 zur Rückbildung oder 22,3%. Ein so günstiger Prozentsatz wurde in der Charité nur im Jahre 1894 annähernd erreicht. Hier heilten von 85 Fällen 12 oder 14,1% auf diese Weise.

Zeigten sich deutliche Zeichen vorhandener eitriger Einschmelzung oder handelt es sich um grosse weitverzweigte Drüsenknollen, um einen strumösen Bubo, dann wurde in der Charité unverzüglich die Operation vorgenommen. Die Art ihrer Ausführung richtete sich nach dem jedesmal vorliegendem Falle. Hatte man eine grosse Abszesshöhle mit glatten Wanden, so genügte eine breite Inzision, um dem Eiter freien Abfluss zu verschaffen.

Zeigten sich in der Abszesshöhle noch nicht ganz eingeschmolzene Drüsenreste und nekrotische Gewebsfetzen, so wurden diese mit dem scharfen Löffel entfernt. Lag ein strumöser Bubo vor, handelte es sich also nicht um einen abgeschlossenen Abszess, sondern um lauter kleine in den einzelnen geschwollenen Drüsen zerstreute Eiterherde, so schritt man zur Exstirpation möglichst aller erkrankten Partieen. Fistelgänge wurden bei der Operation jedesmal umschnitten, nekrotische Hautpartieen wurden exzidiert. Die Technik ist die gleiche, wie die oben beschriebene, in allen anderen Kliniken ebenfalls geübte. Besondere Sorgfalt wurde darauf verwandt, die Drüsen möglichst stumpf mit den Fingern aus ihrer Umgebung zu lösen, um eine Gefässverletzung möglichst zu vermeiden. Leitend war stets das Prinzip, möglichst radikal zu operieren, um Rezidive zu vermeiden. Es ist daher erklärlich, dass der gewöhnliche Schnitt parallel dem Poupartschen Bande bei weitem nicht immer genügte, sondern recht oft noch ein T-Schnitt in der Richtung der Gefässe hinzugefügt werden musste. Bei den im Jahre 1895 vorgenommenen 55 Operationen wurde 22mal der T-Schnitt ausgeführt. 1894 wurde er gerade in der Hälfte der operierten Fälle und 1893 noch häufiger angewendet. Diese Angabe lässt uns bereits erkennen, dass meist recht bedeutende Operationen nötig waren, um alles Erkrankte zu entfernen.

Bei meinen 565 operierten Fällen genügte nur etwa in 60 Fällen eine einfache Inzision, in etwa 50 Fällen musste ausserdem noch die Exkochleation vorgenommen werden. Wir sehen hieraus, dass es sich nur in etwa 19,6% um die Bildung eines abgeschlossenen Abszesses handelte. In allen übrigen Fällen musste die Exstirpation vorgenommen werden, in 50 Fällen beiderseits.

Die Art der weiteren Wundbehandlung war in den Jahren 86—91 vorwiegend eine offene. Späterhin kommen öfters Modifikationen in der Wundbehandlung zur Anwendung. Die ausschliessliche Tamponade wurde mehr und mehr auf die Fälle beschränkt, in denen die in ihrer Ernährung stark geschädigte oft papierdünne Haut eine Naht der Wundränder als aussichtslos erscheinen liess. So

wurden im Jahre 1892 nur noch 15 Fälle in dieser Weise behandelt; 1893 waren es 14, 1894 23 und 1895 wieder 14 Fälle. Bei einigermassen guter Beschaffenheit der Hautdecke, wenn nicht etwa durch Exzision nekrotischer Partieen, durch Umschneiden von Perforationen und Fisteln ein grösserer Substanzverlust gesetzt worden war, bediente man sich in den letzterwähnten 4 Jahren in insgesamt 103 Fällen der teilweisen Naht mit Tamponade des unteren Wundwinkels zur Ableitung sich etwa ansammelnder Sekrete. In 14 Fällen wurde der Tampon durch ein Drainrohr ersetzt. In 7 Fällen wurde die modifizierte Sekundärnaht versucht, indem die am Operationstage durch die Wundränder gelegten Nähte erst nach einigen Tagen geknüpft wurden. Bei 23 Patienten wurde die vollkommene primäre Naht gelegt, allerdings mit unsicherem Erfolge, wie wir später sehen werden.

Welches sind nun die Störungen, die bei dieser Art der Behandlung die Ausführung der Operation und den weiteren Wundverlauf betroffen haben?

Gefässverletzungen sind mehrfach vorgekommen. 19mal musste die Vena saphena unterbunden werden, ohne dass hierbei irgendwelche weiteren Störungen bemerkt worden wären. 5mal ist die Vena femoralis verletzt worden. Auch hierbei ist ein Schaden dem Patienten nicht erwachsen. Durch seitliche Unterbindungen konnte die Blutung stets gestillt werden. Gangrän des Beines ist nie beobachtet worden. Das äusserst seltene Vorkommen solcher Gefässverletzungen, das auch durch die Beobachtungen Spietschkas und Ullmanns bestätigt wird, und ihr stets günstiger Verlauf lassen uns die Gefahren, die von dieser Seite aus der Operation drohen, als äusserst gering, wenn nicht als vollkommen negativ erscheinen.

Im Anschlusse hieran möchte ich gleich einen Fall erwähnen, bei dem die Vena femoralis gänzlich unverletzt blieb und doch eine Thrombose eintrat. Vielleicht lässt sich diese auffallende Erscheinung dadurch erklären, dass die Gefässe zu lange frei gelegen haben. Eine Lungenembolie brachte hier den Patienten in grösste Gefahr. Schliesslich erfolgte Heilung; die thrombosierte Vene war als harter Strang zu fühlen. Ein zweiter Fall von Lungen-

embolie endete letal. Ein 48 jähriger Mann war es, der seinen Bubo auf Ueberanstrengung zurückführte. Der Tod erfolgte schlagähnlich. Die Sektion liess einen wandständigen Thrombus der V. femoralis erkennen, der klinisch keinerlei Erscheinungen gemacht hatte. Weiterhin sind noch zwei letal geendete Fälle zu verzeichnen, bei denen hochgradige septische Erscheinungen vorlagen. Bei dem ersten Patienten war zu einer Operation des Bubo keine Zeit mehr, der zweite starb 9 Wochen nach der Operation, als die Wunde bereits vollkommen verheilt war, an einer doppelseitigen Pneumonie. Ein besonderes Interesse bietet ein Fall dar, bei dem 6 Wochen nach der Operation, als die Wunde bis auf einen kleinen Granulationsstreifen verheilt war, ein Erysipel ausbrach, das nach 14 Tagen abheilte, nach 3 Wochen rezidivierte und nun nach 5 Monaten zum Tode des Patienten führte. Recht ernst war ferner ein Fall, bei dem 5 Tage nach der Operation, bei der die V. saphena unterbunden werden musste, ein Erysipel auftrat. Es breitete sich über das ganze Bein und das Skrotum aus und heilte erst nach 5 Wochen. Ein dritter Fall von Erysipel ereignete sich 6 Wochen nachdem der Patient an einem doppelseitigen Bubo in einer Sitzung operiert worden und die Wunde fast völlig verheilt war. Ein Grund konnte nicht aufgefunden werden. Nach 6 Tagen heilte das Erysipel ab. Wir sehen demnach, dass weder die Anzahl der vorgekommenen Gefässverletzungen oder Erysipele, noch die erwähnten, der Operation kaum zur Last fallenden Todesfälle eine Komplikation darstellen, die die Bubo-Operation anderen chirurgischen Eingriffen gegenüber als besonders gefährlich erscheinen lassen könnte.

Welche Erfolge sind nun mit der operativen Behandlungsweise in der Charité erzielt worden?

Bei den 23 in der Hoffnung auf eine Heilung per primam intentionem mit primärer vollkommener Naht versehenen Fällen erfüllte sich diese Hoffnung nur in 9 Fällen oder in 39,1%. Bei den übrigen 14 Fällen schnitten die Nähte durch oder es sammelte sich soviel Sekret in der Wundhöhle an, dass eine Wiedereröffnung nötig wurde. Bei diesen letzteren Fällen zog sich dann die Behandlung über 5—7 Wochen hin. Die Anlegung der Primärnaht kann

daher kaum empfohlen werden, da die radikale Entfernung aller entzündeten Partieen des periadinitischen Gewebes nicht immer möglich ist und daher eine Wundsekretion nach der Operation eintritt.

Von den ausschliesslich mit Tamponade behandelten 400 Fällen heilten 23 per primam, 46 fast per primam in weniger als 3 Wochen. Dies würde insgesamt 17,2% Heilungen in einer Zeit von weniger als 3 Wochen ergeben. Bei den übrigen Fällen schwankte die Heilungsdauer zwischen 4—8 ja 9 Wochen. Im Mittel betrug sie 45 Tage.

Von den 103 mit teilweiser Naht und Tamponade des unteren Wundwinkels behandelten Fällen erzielte man bei 24 oder in 23,3% Heilungen fast per primam in weniger als 3 Wochen. Sonst schwankte die Dauer der Heilung zwischen 4—9 Wochen und betrug im Mittel 44 Tage also ganz unwesentlich weniger als bei offener Wundbehandlung mit vollkommener Tamponade, während der Prozentsatz der erzielten Heilungen per primam ein wesentlich höherer ist; bei blosser Tamponade betrug er 17,2%, hier dagegen 23,3%

Von den 14 Fällen, bei denen man den Tampon im unteren Wundwinkel durch einen Drain ersetzte, heilten 5 oder 35,7% per primam. Die übrigen 9 brauchten ebenfalls nur 4—5 Wochen zur definitiven Vernarbung.

Von den 7 mit der oben beschriebenen modifizierten Sekundärnaht versehenen Fällen glückte es, nur 3 primär zur Heilung zu bringen. 4 mal schnitten die Nähte durch, und die Heilung nahm nun 5—6 Wochen in Anspruch.

Als Gesamtresultat finden wir demnach, dass von 565 operierten Fällen 110 oder 19,4% ganz oder fast ganz per primam intentionem in weniger als 3 Wochen heilten. Sonst schwankte die Heilungsdauer zwischen 4 und 9 Wochen, im Durchschnitt betrug sie etwas mehr als 40 Tage, ein Resultat, das mit dem von Spietschka und Ullmann gefundenen übereinstimmt.

Zum Schlusse sei noch bemerkt, dass uns Fälle, bei denen die entstandene Narbe zu Neuralgieen, Beeinträchtigung der Gehfähigkeit oder zu sonstigen Störungen geführt hätte, nicht bekannt geworden sind.

Die reichen Erfahrungen der Charité lehren uns demnach, dass in einer geringen Anzahl von Fällen, in 8,1%, wo es sich nur um eine entzündliche Infiltration der Leistendrüsen handelt, eine vollkommen indifferente, konservative Behandlung mit Ruhe, Eis, Druckverbänden den Bubo noch zur Rückbildung bringen kann. In allen den Fällen aber, wo bereits eine eitrige Einschmelzung begonnen hat oder beliebig weit vorgeschritten ist, besitzen wir in der Operation ein Mittel, das den Patienten, ohne ihn besonderen Gefahren auszusetzen, in günstigenfalls 3 Wochen, sonst in 6 Wochen sicher von seinen Leiden befreit.

In wie weit sind nun die mit Welanders und Langs Verfahren angestellten Versuche imstande, diese unsere Anschauung umzustossen oder zu modifizieren? — Wie weit müssen wir auf Grund dieser Versuche die Indikation zur operativen Behandlungsweise des Bubo zu Gunsten der medikamentösen Injektion einschränken? —

Von der Behandlung nach Welander und Lang sind nach den Angaben aller Autoren, die damit Versuche angestellt haben, von vornherein alle strumösen Bubonen, ferner alle die, bei denen Perforationen, Fistelgänge oder Nekrose der Haut vorhanden sind. Wir unsererseits müssen der Injektionsmethode auch noch das Anrecht auf andere Kategorieen von Bubonen absprechen.

Bei beginnender eitriger Einschmelzung, wenn in den einzelnen Drüsen sich erst kleine, von einander vollkommen getrennte Eiterherde gebildet haben, können wir uns, wie wir schon oben auseinander setzten, eine Wirkung des injizierten Medikamentes auf die einzelnen Herde kaum erklären. Will man aber eine allgemeine Verschmelzung erst abwarten, so würde dies den von Langs und Welanders Anhängern so betonten Vorteil einer abgekürzten Behandlungsdauer illusorisch machen. Nur bei abgeschlossener Abszessbildung können wir uns die Wirkung eines injizierten Medikamentes allenfalls erklären, und man könnte diese Fälle mit einigem Recht für die Injektionsbehandlung in Anspruch nehmen. Doch hierbei ist zunächst zu bedenken, dass solche Abszedierungen doch immerhin nur einen mässigen Prozentsatz aller Fälle ausmachen. Von meinen 615 Fällen konnten nur 110 oder 17,8% als vollkommene

Abszesse bezeichnet werden. Ferner aber steht die Anwendung einer medikamentösen Injektion in schroffstem Gegensatz zu allen bislang gültigen Regeln der Chirurgie. Wir haben dann eben den Bubo wie jeden andern Abszess zu betrachten und durch breite Inzision dem Eiter möglichst freien Abfluss zu verschaffen.

Aus all diesen Gründen halten wir die Methode medikamentöser Injektionen in der Therapie des Bubo inguinalis für ungeeignet, die bislang übliche operative Behandlungsweise irgendwie zu ersetzen.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Stabsarzt Dr. Tilmann für die Anregung zu dieser Arbeit und für seine gütige Unterstützung bei ihrer Ausführung meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Proksch: Ueber die Behandlung der Bubonen mit essigsaurem Blei. Wiener medizinische Presse 1872.

Fricke: Annalen der chirurgischen Abteilung des allgemeinen Krankenhauses in Hamburg 1828.

Fergusson: London med. Gaz. 1833.

Malapert: Archives générals de médecine 1832.

Daime: Journal des connaissances médicales 1839.

Dieterich: Die Krankheitsfamilie der Syphilis Landshut 1842 II.

Lallemand: Ephémerides méd. de Montpellier 1826.

Auspitz: Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis 1873.

Zeissl: Lehrbuch der Syphilis.

Lesser: Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten.

Szadek: Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syphilis 1888.

Ullmann: Wiener medizinische Wochenschrift 1891.

Spietschka: Archiv für Dermatologie und Syphilis 1892.

Neebe: La semaine méd.

Block: Deutsche medizinische Wochenschrift 1895.

Grünfeld: Wiener medizinische Presse 1869.

Tomowitz: Wiener medizinische Presse 1869.

Perez Caballero: Revista espec. de oftalmolog., dermatol. etc. XI.

Lauenstein: Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Band 35.

Ruppert: Centralblatt für Chirurgie 1893.

v. Mosetig-Moorhof: Wiener medizinische Presse 1891.

Lazanski: Vierteljahrsschrift für Dermat. und Syphilis 1875.
Langenbeck: Archiv für klinische Chirurgie Band 1.
Braune: Die Oberschenkelvene des Menschen in anatomischer und klinischer Beziehung.
H. Braun: Archiv für klinische Chirurgie Band 28.
Niebergall: Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1893.
Schede: La semaine médicale 1893.
Harteloup: Annales de dermatologie 1880.
Janovski: Monatshefte für Dermatol. 1885.
Welander: Archiv für Dermatologie und Syphilis 1891.
Andry: Monatshefte für Dermatol. und Syphilis 1895.
Ducrey: Monatshefte für praktische Dermatologie Band 9.
Nobl: Jahrbuch der Wiener k. k. Krankenanstalten 1893.
Spietschka: Archiv für Dermatologie Band 28.
Winslov u. Jones: Annales of surgery.
Zehnder: Centralblatt für Chirurgie 1892.
Bukovsky: Wiener medizinische Wochenschrift 1897.
Harvey: Medical news 97.
Mannino: La riforma medic. 87.
Fontan: Lyon 89.
Eichstorf: Thèse de Paris 89.
Trnka: Wiener medizinische Wochenschrift 1893.
Welander: Archiv für Dermatologie und Syphilis 1893.
Letnik: Centralblatt für Chirurgie.
Thaler: Annalen der städtischen allgem. Krankenhäuser München.
Brousse u. Bothezat: Annales de dermatologie 1893.
Schischa: Wiener medizinische Wochenschrift 1897.
Mrazek: La semaine médicale 1894.
Laub: Wiener medizinische Wochenschrift 1895.
Charité-Annalen Band XI—XX.

Thesen.

I.

Ist ein Bubo inguinalis durch äusserliche Mittel nicht mehr zur Rückbildung zu bringen, so ist die breite Inzision bezw. die Exstirpation der medikamentösen Injektion entschieden vorzuziehen.

II.

Das Radfahren ist für das weibliche Geschlecht empfehlenswert.

III.

In der hypnotischen Suggestion besitzen wir ein wichtiges therapeutisches Mittel.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Johannes Ehrenfried Eckert, evangelischer Konfession, Sohn des Kgl. Superintendenten Oskar Eckert, wurde am 25. Dezember 1873 zu Lang-Helwigsdorf, Kreis Bolkenhayn, in Schlesien geboren. Er besuchte das Gymnasium zu Schweidnitz und erhielt dort Ostern 1893 das Zeugnis der Reife. Am 29. März 1893 wurde er in die Kaiser-Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen aufgenommen. Vom 1. April bis 1. Oktober 1893 genügte er seiner Dienstpflicht bei der 9. Kompagnie des Kaiser Alexander Garde-Grenadier-Regiments No. 1. Die ärztliche Vorprüfung bestand er am 16. Februar 1895, das Tentamen medicum am 6. Februar 1897, das Examen rigorosum am 12. Februar 1897. Er besuchte während seiner Studienzeit die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren:

v. Bergmann, Blasius, Dilthey, du Bois-Reymond (†), Engler, Ewald, Fischer, B. Fränkel, Frey, Fritsch, Gerhardt, Goldscheider, Grawitz, Gurlt, Gusserow, Harsley, Hertwig, Jolly, Israel, R. Köhler, König, Köppen, Kundt (†), G. Lewin (†), v. Leyden, Liebreich, Olshausen, Oppenheim, Rubner, Salkowsky, F. E. Schulze, Schweigger, Schwendener, Strassmann, Thierfelder, R. Virchow, Waldeyer.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser seinen ehrerbietigsten Dank aus.